FACHRICHTLINIE Nr. 38

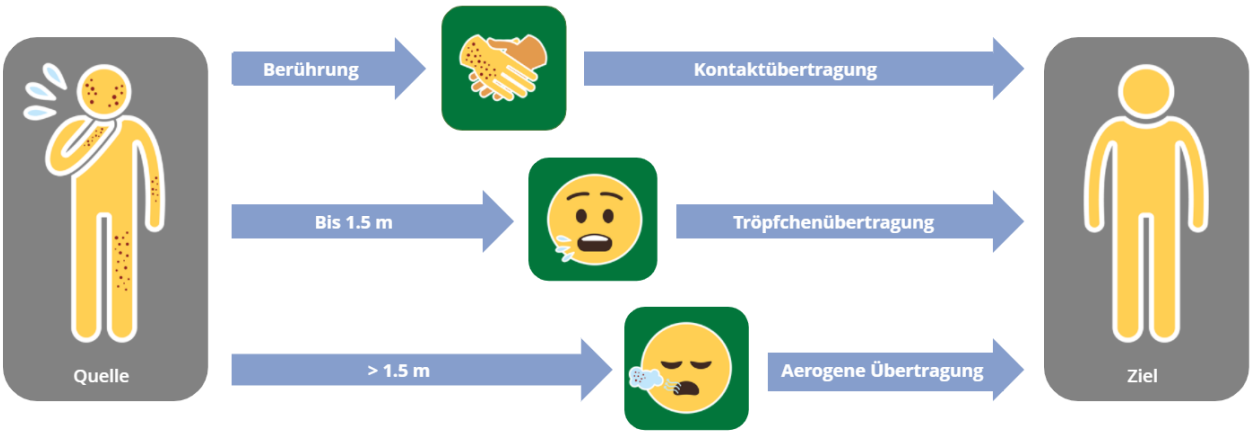
Isolierung von Patienten (Quellenisolierung)

Inhalt

1 Übertragungswege für Infektionserreger 2
1.1 Kontaktübertragung 2
1.2 Tröpfchenübertragung 2
1.3 Aerogene Übertragung 3
2 Primärprävention bei symptomatischen Patient*innen 3
3 Standardhygiene-Maßnahmen siehe FRL 04 4
4 Isolierungsmaßnahmen ergänzende Maßnahmen zusätzlich zur Standardhygiene 4
5 Räumliche Isolierung 6
6 Dauer der räumlichen Isolierung 6
7 Verlassen des Patientenzimmers 6
8 Besuche bei Patienten mit Quellenisolierung 7
9 Arten der Isolierung 7
9.1 Kontaktisolierung 7
9.2 Tröpfchenisolierung 7
9.3 Erweiterte Tröpfchenisolierung („Tröpfchen +“) 8
9.4 Aerogene Isolierung 9
10 Krankenhaushygienisch relevante Infektionen und indizierte Art der Isolierung 9

Primäres Ziel einer Isolierung ist nicht die rein räumliche Isolierung des Patienten per se, sondern vielmehr die Vermeidung einer Infektion durch Erregerübertragung auf eine prädisponierte bzw. exponierte Person. Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die erforderlichen Maßnahmen bei Quellenisolierung.
Hierunter versteht man die Isolierung eines Patienten, der Träger oder Ausscheider eines infektiösen Erregers ist, um die Übertragung dieses Erregers auf andere Personen bestmöglich zu unterbinden.
Grundlage dieser Isolierungsempfehlungen sind die aktuellen Empfehlungen der CDC und WHO, welche ihre Maßnahmen anhand der epidemiologisch relevanten Übertragungswege definieren. Die Standardhygienemaßnahmen bilden dabei die Basis der Hygienemaßnahmen und sind ungeachtet des Erregers bei allen Patienten anzuwenden **vgl. FRL 04 Standardhygienemaßnahmen**.

1 *Übertragungswege für Infektionserreger*



1.1 Kontaktübertragung

- Direkte Übertragung
  - durch Körperkontakt (z.B. Handkontakt)

Die Hände des medizinischen Personals sind nicht nur die wichtigsten Übertragungsvehikel bei Kontaktübertragungen, sondern gelten allgemein als das wichtigste Übertragungsvehikel im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen.

- Indirekte Übertragung
  - über ein kontaminiertes Übertragungsvehikel (z.B. invasive Devices)
  - über kontaminierte unbelebte Oberflächen

Übertragung eines Mikroorganismus von einer belebten oder unbelebten Oberfläche oder von diversen Gegenständen auf Personen.
Durch Sedimentation von respiratorischen Tröpfchen können Oberflächen kontaminiert werden. Diese können damit zum Ausgangspunkte für Kontaktübertragungen werden.

Die Eintrittspforten am Patienten sind vielfältig und reichen von der Schleimhaut des Mund-, Nasen-, Rachenraumes bis hin zu Wunden und anderen Hautdefekten sowie invasiven Devices (z.B. ZVK, BVWK).

1.2 Tröpfchenübertragung

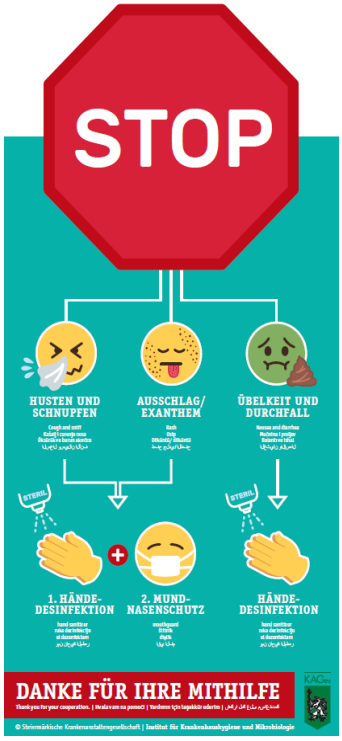
- Tröpfchen-induzierende Aktivitäten (z.B. Husten, Niesen, Sprechen)
- Tröpfchen- und Aerosol-generierende Interventionen (z.B. Bronchoskopie, Intubation, Gastroskopie, Zahnmedizin)

Die bei Tröpfchen-induzierenden Aktivitäten freigesetzten Tröpfchen können Infektionserreger beinhalten. Sie besitzen eine Größe von > 5µm und haben eine Reichweite von ca. 1,5 m. Haupteintrittspforten für solcherart übertragene Infektionserreger sind die Schleimhäute des Mund-, Nasen- und Rachenraumes, sowie die Bindehäute des Auges.

1.3 Aerogene Übertragung

Durch Verdunstung der Flüssigkeit im Tröpfchen entstehen sogenannte Tröpfchenkerne. Tröpfchenkerne haben einen Durchmesser <5µm, sind alveolargängig und haben die Fähigkeit, durch Luftströmungen weitere Strecken zurückzulegen.
Die Erreger der Tuberkulose (Bakterien des *Mycobakterium tuberculosis* - Komplex) können in Tröpfchenkernen über weitere Strecken infektiös bleiben.
Die Eintrittspforte für in Tröpfchenkernen übertragene Mikroorganismen sind die Atemwege.
Gemäß der aktuellen Lehrmeinung können respiratorische Tröpfchen / Tröpfchenkerne nach Sedimentation auf Oberflächen nicht mehr reaerosolisiert werden.

*2 Primärprävention bei symptomatischen Patient*innen*



Um bei Patienten mit klassischen Symptomen einer mitunter epidemiologisch relevanten Infektionserkrankung frühestmöglich primärpräventive Maßnahmen zum Schutz von Mitpatienten und Personal zu setzen, dienen folgende Empfehlungen:

Bei Symptomen eines respiratorischen Infektes, sowie beim Vorhandensein eines Exanthems:

- ✓ Mund-/Nasenschutz für den Patienten frühestmöglich ab Kontakt mit der Gesundheitseinrichtung. MNS soweit medizinisch toleriert und diagnostisch/therapeutisch möglich.
- ✓ Aufforderung und Anleitung zur patientenseitigen Händedesinfektion

Bei den Symptomen Übelkeit und/oder Diarrhoe:

- ✓ Aufforderung und Anleitung zur patientenseitigen Händedesinfektion

Die genannten Maßnahmen sind in der gegenwärtigen Abbildung dargestellt; diese kann bei Bedarf in entsprechender Größe am IKM unter direktion@krankenhaushygiene.at bezogen werden, um an Eingangsbereichen zu Kliniken, Ambulanzen, oder anderen Zutrittsbereichen positioniert zu werden.

Um die Versorgung von Patienten mit über respiratorische Tröpfchen übertragbaren Infektionserregern gemäß den empfohlenen Hygienemaßnahmen gewährleisten zu können, wird die Vorhaltung individualisierter räumlicher Ressourcen (wie etwa Versorgungsflächen zur Betreuung von Patienten mit (V.a.) über respiratorische Tröpfchen übertragene Infektion bis zum Vorliegen der Erregerdiagnostik („Verdachtszimmer“), empfohlen.

3 Standardhygiene-Maßnahmen siehe FRL 04

- **Hygienische Händedesinfektion**
- **Persönliche Schutzausrüstung**
  - Medizinische Einmalschutzhandschuhe (ÖNORM EN 374, EN 455)
  - Mund/-Nasenschutz (EN 149, EN 14683)
  - FFP2-Maske (EN 149, N95)
  - Schutzbrille (EN 166)
  - Flüssigkeitsdichter Übermantel (EN 14126, EN 13795)
- **Reinigung und Desinfektion**
  - Reinigung und Flächendesinfektion
  - Aufbereitung med. Pflegebedarf, med. technische Geräte, und Instrumenten
  - Aufbereitungsfrequenzen
- **Entsorgung von Wäsche, Geschirr und Abfall**
- **Information**

4 Isolierungsmaßnahmen ergänzende Maßnahmen zusätzlich zur Standardhygiene

Tabelle 1: ergänzende Maßnahmen

Hygienische Händedesinfektion		• Hygienische Händedesinfektion mit anschließendem gründlichen Händewaschen, siehe FRL 28 Clostridioides difficile
Schutzhandschuhe (EN 374, 455)		• Tragen von medizinischen Einmalhandschuhen bei der Patientenbetreuung bzw. Kontakt zur Patientenumgebung, siehe FRL 28 Clostridioides difficile
Mund-/Nasenschutz (EN 14683**)**		• Bei Kontakt zu Patienten unter 1,5 Meter mit Indikation zur Tröpfchenisolierung • Für den Patienten bei Verlassen des Zimmers soweit medizinisch toleriert und diagnostisch/therapeutisch möglich bei Indikation zur Tröpfchenisolierung
FFP2 Maske (EN 149, N95 (NIOSH-Klassifikation), KN95)		• Bei Kontakt zu Patienten mit Indikation zur erweiterten Tröpfchenisolierung vor Betreten des Zimmers • Bei Kontakt zu Patienten mit offener Atemwegstuberkulose vor Betreten des Zimmers • Für den Patienten bei Verlassen des Zimmers soweit medizinisch toleriert und diagnostisch/therapeutisch möglich bei Indikation zur erweiterten Tröpfchenisolierung und bei Aerogener Isolierung • Personal: Bei Vorliegen eines respiratorischen Infektes und gegebener Arbeitsfähigkeit (vgl. FRL 24, FRL 13)
FFP3 Maske		• Bei Kontakt zu Patienten mit Infektionserregern der Risikogruppe BSL 4 gemäß Verordnung biologischer Arbeitsstoffe (z.B. Ebola)

Schutzbrille		• Bei Kontakt zu Patienten unter 1,5 Meter mit Indikation zur Tröpfchenisolierung • Bei erweiterter Tröpfchenisolierung vor Betreten des Zimmers
Flüssigkeitsdichter Übermantel (EN 14126,EN 13795)		• Bei kontaminierenden Tätigkeiten die nach geltenden Fachrichtlinien mit der Verwendung eines flüssigkeitsdichten Übermantels einhergehen (wie etwa kutane MRE-Besiedelung, Clostridioides difficile-Infektion, Ektoparasiten-Befall) • Bei Aerosol-generierenden Interventionen in Isolierungssituationen vor Verlassen des Patientenzimmers abwerfen. Patientenbezogen verwenden
Reinigung und Desinfektion		Aufbereitung von Pflegebedarfsmittel, med. technische Geräte und Instrumente: • Unmittelbar nach Gebrauch gemäß RD Plan und Vorgaben der FRL 42 • Flächen- und Händedesinfektionsmittel sind anlassbezogen gemäß den Vorgaben in der Desinfektionsmittelliste dem RD Plan und/oder in den erregerspezifischen FRL mit dem passenden Wirkspektrum zu wählen • Frequenzen: anlassbezogen erhöht gemäß den erregerspezifischen FRL
Entsorgung		• **Abfälle** von Patienten die mit gefährlichen Erregern (Tuberkulose, aktive Form) gemäß ÖNORM S 2104 (s.u.) behaftet sein können, müssen als Abfälle, die innerhalb und außerhalb des med. Bereiches eine Gefahr darstellen (Schlüsselnummer 97101) – in der schwarzen Tonne entsorgt werden (direkt im Patientenzimmer) • **Wäsche** von Patienten die mit gefährlichen Erregern (s.u.) gemäß ÖNORM S 2104 behaftet sein kann, ist kontaminationsgeschützt in einem Wäschesack für Infektionswäsche/Plastikübersack zu entsorgen. Auszug aus ÖNORM S 2104 - gefährliche Erreger: Virusbedingte hämorrhagische Fieber, Pocken, Affenpocken, Cholera, Brucellosen, Lepra, Maul-und Klauenseuche, Milzbrand, Paratyphus, Pest, Polio, Psittakose/Ornithose, Q-Fieber, Rotz, **Tuberkulose** (aktive Form), Tularämie, Tollwut, Typhus abdominalis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit
Information		• Patienten, Mitarbeitende, Besucher und nicht medizinisches Personal

Isolierung		• Isolierung im **Einzelzimmer oder in der Kohorte** (mit eigener Sanitäreinheit) bei ○ Kontaktisolierung ○ Tröpfchenisolierung ○ erweiterter Tröpfchenisolierung ○ sowie je nach Empfehlungen in erregerspezifischen FRL ○ Aerogene Isolierung: Wenn aus klinischer Sicht möglich, sollte der Patient mit offener Atemwegs-Tuberkulose mit höchster Priorisierung in einem Zimmer mit negativem Luftdruck (Raumklasse H3 nach ÖNORM H6020) und nach Möglichkeit auch mit Schleusenfunktion, untergebracht werden. Wenn kein Zimmer mit entsprechender Raumlufttechnischer Anlage vorhanden ist, dann ist der Patient in einem Einzelzimmer mit Fensterlüftung unterzubringen.

5 *Räumliche Isolierung*

Die räumliche Isolierung zielt darauf ab, durch Distanz und räumliche Separierung eine Erregerübertragung (auf andere Patienten und/oder Oberflächen) zu unterbinden, und hat insbesondere in Risikobereichen, in denen Patienten mit erhöhter Infektionsgefährdung gepflegt werden, bzw. für Patienten, bei denen spezifische Risikofaktoren für eine Erregerstreuung vorliegen, eine hohe infektionspräventive Relevanz.
Die anlassbezogene Umsetzbarkeit der räumlichen Isolierung ist abhängig von den lokal verfügbaren räumlichen Ressourcen bzw. patientenseitigen klinischen Faktoren.
Sie stellt im Idealfall die Einzelunterbringung in einem Zimmer mit eigener Sanitäreinheit dar.
Bei Nichtverfügbarkeit eines Einzelzimmers kann es notwendig sein, die räumliche Separierung im Sinne einer Isolierung am Patientenplatz so gut wie möglich nachzuahmen.
Dies kann im Falle einer Tröpfchenisolierung nach Möglichkeit geschehen durch Maximierung des Bettenabstandes zu Mitpatienten (Mindestabstand 2m), Aufstellen wischdesinfizierbarer Paravents (Höhe von ca. 180cm), Betrieb von Geräten zur Luftdekontamination, sowie Erhöhung der Luftwechselrate im Patientenzimmer.

6 *Dauer der räumlichen Isolierung*

Für die Dauer einer räumlichen Isolierung sind patientenseitige sowie erregerseitige Faktoren ausschlaggebend. Nähere Informationen hierzu siehe erregerspezifische Fachrichtlinien.

7 *Verlassen des Patientenzimmers*

Aufenthalte außerhalb des Patientenzimmers bei räumlicher Isolierung sind bei Compliance des Patienten nach Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie möglich, jedoch auf ein Minimum zu beschränken.
Hierbei notwendige Hygienemaßnahmen:

✓ Händedesinfektion, patientenseitig

- ✓ Tragen einer entsprechenden Schutzmaske (Mund-/Nasenschutz, FFP 2- oder FFP3-Maske), abhängig von der jeweiligen Isolierungsart
- ✓ Bei kutaner Kolonisation frische Patientenwäsche anlegen
- ✓ Die Reinigung und Desinfektion der bei Verlassen des Zimmers durch den Patienten potentiell kontaminierten Oberflächen ist sicherzustellen

8 Besuche bei Patienten mit Quellenisolierung

Besucher sind über die notwendigen Hygienemaßnahmen zu informieren. Besuche sind grundsätzlich möglich, sollen aber in verringertem Ausmaß stattfinden. Ein Besuch von isolierten Patienten ist nur nach Rücksprache mit medizinischem Personal vor Ort gestattet. Schutzausrüstung für Besucher (z.B. Übermantel) wird den Indikationen entsprechend, analog den Vorgaben für Mitarbeiter, empfohlen.
Die Verantwortung der Besuche durch Kinder obliegt den Erziehungsberechtigten.

9 Arten der Isolierung

Entsprechend den Übertragungswegen (vgl. Punkt 1) unterscheidet man die Isolierungsformen **Kontakt-, Tröpfchen-** und **aerogene Isolierung**.
Eine Sonderform der Tröpfchenisolierung stellt die so genannte **erweiterte Tröpfchenisolierung** dar. Sie ist für Infektionserreger indiziert, die primär über respiratorische Tröpfchen übertragen werden, und mit einem besonders hohen klinischen und/oder epidemiologischen Gefährdungspotential einhergehen.
Zu den krankenhaushygienisch relevanten Erregern und der jeweils indizierten Isolierungsart siehe Tabelle 2.

9.1 Kontaktisolierung



Hygienemaßnahmen bei Kontaktisolierung

- ✓ Standardhygiene gemäß FRL 04
- ✓ Räumliche Isolierung

Bei unklarer Indikation für eine Kontaktisolierung wird eine Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie empfohlen.

9.2 Tröpfchenisolierung



- (Verdacht auf) Infektionserkrankungen mit Symptomen die eine Ausscheidung erregerhaltiger Tröpfchen begünstigen (in erster Linie Husten, Erbrechen).
- Besiedelung des Respirationstraktes mit ausgewählten multiresistenten Erregern (MRSA, VRE und 4MRGN)

Hygienemaßnahmen bei Tröpfchenisolierung

- ✓ Standardhygiene gemäß FRL 04
- ✓ Räumliche Isolierung
- ✓ Mund-Nasen-Schutz und Schutzbrille bei Kontakt mit Patient <1,5m
- ✓ Mund-/Nasenschutz für den Patienten bei Verlassen des Zimmers soweit medizinisch toleriert und diagnostisch/therapeutisch möglich

9.3 Erweiterte Tröpfchenisolierung („Tröpfchen +“)



Für Infektionserreger die primär über respiratorische Tröpfchen übertragen werden und mit einem besonders hohen klinischen und/oder epidemiologischen Gefährdungspotential einhergehen, ist eine Sonderform der Tröpfchenisolierung indiziert.
Es handelt sich um Erreger, die eine hohe Kontagiosität (Ansteckungsfähigkeit) besitzen, Erreger gegen die eine Immunisierung nur ungenügend möglich ist, oder um Infektionserkrankungen, die über Tröpfchen übertragen werden und mit einer hohen Krankheitslast einhergehen.
Nach Möglichkeit sind in solchen Fällen in der Patientenbetreuung Mitarbeiter mit bekannter Immunität/Immunisierung einzusetzen.

(Verdacht auf) Infektionen mit folgenden Erregern erfordern eine erweiterte Tröpfchenisolierung:

- Masern-Virus
- Influenza-Virus
- Varizella-Zoster-Virus (Primärinfektion sowie generalisierter Herpes Zoster)
- SARS-CoV-2
- Bordetella pertussis (Erreger des Keuchhustens)
- Affenpocken-Virus

Hygienemaßnahmen bei erweiterter Tröpfchenisolierung („Tröpfchen +“)

- ✓ Standardhygiene gemäß FRL 04
- ✓ Räumliche Isolierung
- ✓ FFP2 Maske vor Betreten des Zimmers
- ✓ Schutzbrille vor Betreten des Zimmers
- ✓ FFP2 Maske für den Patienten bei Verlassen des Bettes/Zimmers soweit medizinisch toleriert und diagnostisch/therapeutisch möglich

Bei unklarer Indikation für eine (erweiterte) Tröpfchenisolierung wird eine Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie empfohlen.

9.4 Aerogene Isolierung



- Offene Atemwegs-Tuberkulose durch Mycobacterium tuberculosis – Komplex, vgl. FRL 07 Hygienemanagement bei Tuberkulose

Hygienemaßnahmen bei aerogener Isolierung

- ✓ Standardhygiene gemäß FRL 04
- ✓ Räumliche Isolierung
  - Wenn aus klinischer Sicht möglich, sollte der Patient mit offener Atemwegs-Tuberkulose in einem Zimmer mit negativem Luftdruck (s. ÖNORM H6020) und nach Möglichkeit auch mit Schleusenfunktion untergebracht werden.
  - Wenn kein Zimmer mit entsprechender raumlufttechnischer Anlage vorhanden ist, dann ist der Patient in einem Einzelzimmer mit Fensterlüftung unterzubringen.
    - Das Zimmer darf keine raumlufttechnische Anlage besitzen, die im Umluftbetrieb mit Rotationswärmetauscher geführt wird.
- ✓ Atemschutzmaske

Personal: zumindest FFP2 Maske
Patient: Bei Verlassen des Zimmers zumindest FFP2 Maske ohne Ausatemventil

Patienten ohne offene Lungen-TBC aber mit lokalen TBC-Manifestationen (gedeckte/gut abdeckbare Läsionen bzw. nach außen drainierende Fistelgänge, Patienten mit Harnblasen-TBC) müssen nicht aerogen isoliert werden.

Bei unklarer Indikation für eine aerogene Isolierung wird eine Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie empfohlen.

10 Krankenhaushygienisch relevante Infektionen und indizierte Art der Isolierung

Tabelle 3 gibt einen Überblick über ausgewählte krankenhaushygienisch relevante Infektionen und die jeweils indizierte Art der Isolierung. Beim Auftreten nicht erwähnter Infektionserreger wird eine Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie empfohlen.
Erregerspezifische Details und Hintergrundinformationen siehe jeweilige Fachrichtlinie. Zu beachten gilt bei allen Erregern als Basis immer die FRL Standardhygienemaßnahmen. Zusätzliche Informationen siehe Erregersteckbriefe FRL 04.

Tabelle 2: Auswahl krankenhaushygienisch relevanter Infektionen und indizierte Art der Isolierung

Erreger/Infektion	Infektiöses Material	Isolierung	Fachrichtlinie
Campylobacter	Stuhl	ggf. Kontaktisolierung	FRL 8
Candidozyma auris		Kontaktisolierung	FRL 4
Clostridioides difficile	Stuhl	Kontaktisolierung	FRL 28

CMV-Infektion	Respiratorisches Sekret, Urin, Muttermilch	ggf. Kontaktisolierung in Bereichen mit Immunsupp., Schwangeren und Kindern	
COVID-19	Respiratorisches Sekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 24
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	Vgl. FRL 37	Standardhygiene	FRL 37
Diphterie Haut	Wundsekret	Kontaktisolierung	FRL 13
Diphterie Rachen	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
Enterovirus- Infektionen	Respiratorisches Sekret	Ggf. Tröpfchenisolierung bei starkem Husten	
Epstein-Barr-Virus (EBV/Mononukleose)	Respiratorisches Sekret	ggf. Kontaktisolierung in Bereichen mit Immunsupp.	
Gastroenteritis, viral (Noro-, Rota-, Adeno-, Astro-, Sapovirus)	Stuhl, Erbrochenes	Kontaktisolierung/ Tröpfchenisolieurung	FRL 36
Hand-Mund-Fuß Krankheit (Coxsackievirus)	Respiratorisches Sekret, Bläschensekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
Hepatitis A, E	Stuhl	ggf. Kontaktisolierung	
Herpes simplex Lokalisiert	Bläschensekret	Standardhygiene	
Herpes simplex Disseminiert	Bläschensekret	Kontaktisolierung	
Humanes Metapneumovirus	Respiratorisches Sekret	Ggf. Tröpfchenisolierung bei starkem Husten	
Influenza	Respiratorisches Sekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 24
Keratoconjunctivitis epidemica (Adenovirus)	Konjunktivalsekret	Kontaktisolierung	FRL 13
Kopfläuse, Krätze (Scabies)	Befallene Areale	Kontaktisolierung	FRL 34
Legionellose		Standardhygiene	FRL 25
Masern	Respiratorisches Sekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 13
Meningokokken	Oropharyngeales Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 16
Mpox		Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 13
MRSA		Kontaktisolierung/ Tröpfchenisolierung	FRL 11
MRGN		Kontaktisolierung/ Tröpfchenisolierung	FRL 27
Mumps	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13

Pertussis	Respiratorisches Sekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 39
Pneumokokken-Infektion	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
RSV-Infektion	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 24
Ringelröteln/ Parvovirus B19-Infektion	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
Röteln	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
Salmonellose	Stuhl	ggf. Kontaktisolierung	FRL 8
Scharlach *Streptococcus pyogenes*	Respiratorisches Sekret	Tröpfchenisolierung	FRL 13
Tuberkulose	Respiratorisches Sekret, Aerosole	Aerogene Isolierung	FRL 7
Varizellen Primärinfektion	Bläschensekret, respiratorisches Sekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 13
Varizellen Herpes Zoster	Bläschensekret	Standardhygiene ggf. Kontaktisolierung	FRL 13
Varizellen Herpes Zoster generalisiert	Bläschensekret	Erweiterte Tröpfchenisolierung	FRL 13
VRE		Kontaktisolierung/ Tröpfchenisolierung	FRL 11
Würmer (Madenwurm-infektion, Enterobius vermicularis, Oxyuriasis)		ggf. Kontaktisolierung	FRL 13

Literatur:

- WHO - Practical guidelines for infection control in health care facilities
- CDC - Guidelines
- ÖNORM S 2104
- Bundesgesundheitsblatt 2010 · 53:357–388 - Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)
- Medizinische Leitlinien für Diagnostik und Therapie, www.guidelines.ch

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in dieser Fachrichtlinie die männliche (Plural-)Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

KONTAKTADRESSE:
Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
Stiftingtalstraße 16, 8010 Graz
T: 0316 340-5700
www.krankenhaushygiene.at

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH:
Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
ARGE- HFK